S 38 KA 732/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 38 KA 732/00
Datum	23.08.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 116/00
Datum	26.09.2001

3. Instanz

Datum	-

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. August 2000 aufgehoben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. MÃ¤rz 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 abgewiesen.
II. Die KlÃ¤gerin hat der Beklagten die Kosten beider RechtszÃ¼ge zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten wegen der Honorarverteilung im Quartal 1/98 auf der Grundlage des einschlÃ¤gigen HonorarverteilungsmaÃstabes, insbesondere um die Ablehnung einer Honorarausgleichszahlung auf der Grundlage der HÃ¤rtefallregelung gemÃ¤Ã Buchstabe B Ziffer 3.6 Anlage 1 zum HVM.

Die KlÃ¤gerin ist als AnÃ¤sthesistin in MÃ¼nchen niedergelassen und nimmt an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil.

Die Anlage 1 des im Quartal 1/98 auf der Grundlage des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 22. November 1997 geltenden

HonorarverteilungsmaÃstabes sah nach Buchstabe B Nr.1 Anlage 1 Abschnitt B vor, dass die von den Krankenkassen nach Buchstabe A Nr.1 Anlage 1, Abschnitt B HVM bezahlten GesamtvergÃ¼tungsanteile, die nicht der Pauschalierung unterliegen, auf Landesebene zu einer Summe zusammengefasst werden. Diese Summe wird auf die Honorarfonds FremdÃ¤rzte, beleggÃ¤rztliche Leistungen, ambulantes Operieren, Laborleistungen und sonstige Leistungen verteilt (vgl. Anlage 1 Buchstabe B 2.1 bis 2.5). Der Honorarfonds sonstige Leistungen wird wiederum aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 fÃ¼r AllgemeinÃ¤rzte, praktische ÃÂrzte, ÃÂrzte ohne Gebietsbezeichnung sowie hausÃ¤rztlich tÃ¤tige Internisten und KinderÃ¤rzte und einen Honorarfonds R 2 fÃ¼r die restlichen ÃÂrzte (= FachÃ¤rzte). Die Aufteilung erfolgt auf der Basis des Quartals 4/96 (Nr.2.5.2). Der Honorarfonds R 2 wird weiter unterteilt in einen Honorarfonds R 2 b (gemÃ¤ÃÂ EBM am 1. Juli 1997 budgetierte Arztgruppen) und einen Honorarfonds R 2 n (gemÃ¤ÃÂ EBM am 1. Juli 1997 nicht budgetierte Arztgruppen). Die Aufteilung erfolgt wiederum auf der Basis des Quartals 4/96 (vgl. Nr.2.5.3). Da die KlÃ¤gerin als AnÃ¤sthesistin zu den auf der Ebene des EBM budgetierten ÃÂrzten gehÃ¶rt (vgl. A 1 Allgemeine Bestimmungen Teil B Ziffer 1.5) werden im Folgenden die hierfÃ¼r einschlÃ¤gigen Bestimmungen wiedergegeben. GemÃ¤ÃÂ Nr.3.5.5.3.2 wird fÃ¼r die restlichen Leistungen des Honorarfonds R 2 b die um die BetrÃ¤ge nach Ziffer 3.5.5.1 (Kosten/ Wegepauschale) und Ziffer 3.5.5.2 (Begrenzung der ambulanten Fallzahl) verminderte GesamtvergÃ¼tung nach der Ziffer 2.5.3 a durch die Gesamtpunktzahl der restlichen anerkannten Honoraranforderungen geteilt und ergibt den rechnerischen Punktwert R 2 b. Weichen die rechnerischen Punktwerte nach 3.5.5.3.1 (R 1) und 3.5.5.3.2 (R 2b) um mehr als 10 % voneinander ab, wird der Honorarfonds mit dem geringeren Punktwert zu Lasten des Honorarfonds mit dem hÃ¶heren Punktwert so weit gestÃ¼tzt, bis die Abweichung der rechnerischen Punktwerte 10 % betrÃ¤gt. Zur Berechnung des rechnerischen Punktwertes im Honorarfonds "Ambulantes Operieren" wird der auf Leistungen und ZuschlÃ¤ge nach 2.3 entfallende Betrag der GesamtvergÃ¼tung durch die Gesamtpunktezahl der anerkannten Honoraranforderungen geteilt (vgl. Ziffer 3.3.). Unter gewissen Voraussetzungen ist eine StÃ¼tzung des Punktwertes vorgesehen (vgl. Ziffer 3.3. Satz 3 i.V.m. Ziffer 3.2. SÃ¤tze 4 und 5).

In der Nr.3.6 ist schlieÃlich eine HÃ¤rtefallregelung vorgesehen. Danach erfolgt die Honorarfestsetzung unter AbwÃ¤gung des Interesses des Arztes an einer angemessenen BerÃ¼cksichtigung seiner besonderen UmstÃ¤nde und dem Allgemeininteresse der VertragsÃ¤rzteschaft an einer Honorarverteilungsbegrenzung bei budgetierter GesamtvergÃ¼tung, wenn die Anwendung vorstehender Regelungen im Einzelfall zu einer unbilligen HÃ¤rte fÃ¼hrt. GemÃ¤ÃÂ der Anlage 2 (Honorarverteilung Ersatzkassen) gelten die genannten Regelungen fÃ¼r die Honorierung der vertragsÃ¤rztlichen Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen im Wesentlichen entsprechend.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 21. Juli 1998 das Honorar der KlÃ¤gerin im Quartal 1/98 auf DM 87.744,43 festgesetzt. Dem Honorarbescheid lag auch die Berechnung der Praxis- und Zusatzbudgets im Quartal 1/98 bei.

Mit Schriftsatz vom 5. August 1998 hat die KlÃ¤gerin den Antrag gestellt, das

Honorar der KlÃ¤gerin in Abweichung der Regelungen von Anlage 1 Abschnitt B des HVM unter BerÃ¼cksichtigung der besonderen UmstÃ¤nde des Einzelfalls nach pflichtgemÃ¤Ãem Ermessen festzusetzen.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 15. MÃ¤rz 1999 den Antrag abgelehnt. Die Anwendung der HÃ¤rtefallregelung nach Ziffer 3.6 der Anlage 1 zum HVM setze voraus, dass die Anwendung der genannten Regelungen zu einer unbilligen HÃ¤rte fÃ¼hre. Eine unbillige HÃ¤rte im Sinne der Nr.3.6 Anlage 1 zum HVM liege nicht vor, wenn ein Arzt einen Ã¼berdurchschnittlichen Ertrag erwirtschaftet habe. Der von der KlÃ¤gerin erzielte Ertrag in HÃ¶he von 34.718,33 DM Ã¼bersteige die Ertragsgrenze von 33.750,00 DM und sei somit als Ã¼berdurchschnittlich ertragsstark zu betrachten. Hiergegen richtet sich der Widerspruch vom 22. MÃ¤rz 1999. Die fÃ¼r die KlÃ¤gerin bestehende unbillige HÃ¤rte sei darin zu sehen, dass der ausschlieÃlich auf Ãberweisung hin und fast ausschlieÃlich auf dem Gebiet des ambulanten Operierens tÃ¤tigen KlÃ¤gerin ein nicht unerheblicher Teil der Leistungen des ambulanten Operierens (und der dazugehÃ¶rigen Narkosen) nur noch mit dem abgesenkten Punktwert von 3,15 DPf bei den PrimÃ¤rkassen und 4,41 DPf bei den Ersatzkassen vergÃ¼tet werde. Nicht nachvollziehbar sei, weshalb es fÃ¼r die Beurteilung eines HÃ¤rtefalls lediglich auf das Unterscheidungskriterium der ErtragsstÃ¤rke ankommen solle. Der Sinn der Regelung des HVM Anlage 1 Abschnitt B, eine unsachgemÃ¤Ãe Leistungsausweitung zu verhindern, greife vorliegend nicht. Der von der Beklagten angewandte Kostensatz in HÃ¶he von 59.7 % kÃ¶nne nicht mehr nachvollzogen werden, da selbst der EBM in Anlage 3 zu den allgemeinen Bestimmungen einen Kostensatz in HÃ¶he von 62,8 % fÃ¼r die Arztgruppe der AnÃ¤sthesisten angebe. Selbst wenn man von dem Unterscheidungskriterium der ErtragsstÃ¤rke ausgehen wÃ¼rde, wÃ¤re im Falle der KlÃ¤gerin ein HÃ¤rtefall festzustellen. Bei Anwendung des richtigen Kostensatzes in HÃ¶he von mindestens 62,8 % liege der erzielte Ertrag der KlÃ¤gerin lediglich bei 32.047,69 DM und somit unter der durch die KVB benannten Ertragsgrenze in HÃ¶he von 33.750,00 DM. Da die FÃ¶rderung des ambulanten Operierens Gesetzesvorrang habe und die KlÃ¤gerin nur auf Ãberweisung durch andere Ãrzte tÃ¤tig werde, Ã¼berwiege das Interesse der Ãrztin an der angemessenen BerÃ¼cksichtigung ihrer besonderen UmstÃ¤nde.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 29. Februar 2000 den Widerspruch zurÃ¼ckgewiesen. Die Beklagte wende gemÃ¤Ã Â§ 85 Abs.4 Satz 2 SGB V bei der Verteilung der GesamtvergÃ¼tung den im Benehmen mit den VerbÃ¤nden der Krankenkassen festgesetzten VerteilungsmaÃstab an. Der HVM werde durch die Vertreterversammlung der jeweiligen KassenÃ¤rztlichen Vereinigung beschlossen und habe Satzungscharakter. Er sei damit fÃ¼r die Mitglieder der entsprechenden KassenÃ¤rztlichen Vereinigung bindend. Bei der Anwendung und DurchfÃ¼hrung der HÃ¤rtefallregelung 3.6 habe der Vorstand der KVB sein Ermessen auszuÃ¼ben. Im Rahmen der ErmessensausÃ¼bung seien DurchfÃ¼hrungskriterien aufgestellt worden, nach denen eine unbillige HÃ¤rte insbesondere dann nicht gegeben sei, wenn der Honorarverlust allein EBM-bedingt sei, das tatsÃ¤chlich erreichte Honorar hÃ¶her sei als das fiktiv ermittelte, ein Ã¼berdurchschnittlicher Ertrag erzielt worden sei oder eine Bagatellgrenze nicht Ã¼berschritten werde. Im Falle der KlÃ¤gerin sei das Kriterium der Ã¼berdurchschnittlichen Ertragserzielung erfÃ¼llt.

Nach der Entscheidung des Vorstandes der Beklagten finde die HÃ¤rtefallregelung nach Ziffer 3.6 Anlage 1 zum HVM keine Anwendung, wenn ein Ertrag von 135.000,00 DM pro Kalenderjahr bzw. von 33.750,00 DM pro Quartal Ã¼berschritten werde. Die Ertragsgrenze ergebe sich aus dem nach Anlage 3 EBM fÃ¼r die Berechnung der Praxisbudgets zu Grunde gelegten regionalen Einkommensanteil von 135.000,00 DM pro Kalenderjahr. FÃ¼r die Ermittlung des in diesem Sinne relevanten Ertrages wÃ¼rden die UmsÃ¤tze des Vertragsarztes aus der GKV um die fachgruppenspezifischen durchschnittlichen Kosten seiner Arztgruppe (KostensÃ¤tze des Zentralinstituts fÃ¼r die kassenÃ¤rztliche Versorgung â□□ ZI â□□ im Bundesgebiet von 1994) bereinigt. Im Quartal 1/98 habe der Umsatz der KlÃ¤gerin aus der GKV 86.149,71 DM betragen. Der Kostenansatz des ZI sei mit 59,7 % anzusetzen gewesen. Der somit erzielte Ertrag in HÃ¶he von 34.718,33 DM Ã¼bersteige die oben genannte Ertragsgrenze von 33.750,00 DM pro Quartal und sei damit als Ã¼berdurchschnittlich zu bewerten.

Hiergegen richtet sich die Klage zum SG MÃ¼nchen vom 22. MÃ¤rz 2000. Im Rahmen des Honorarbescheides fÃ¼r das Quartal 1/98 seien der KlÃ¤gerin im Bereich des ambulanten Operierens gemÃ¤Ã□ Abschnitt B Ziffer 3.3 der Anlagen 1 und 2 zum HVM insgesamt 100.451,1 Punkte mit einem abgestaffelten Punktwert vergÃ¼tet worden, der bei 2,94 DPf im Bereich der PrimÃ¤rkassen und bei 4,41 DPf im Bereich der Ersatzkassen gelegen habe. Ebenso seien bei den stationÃ¤ren Leistungen gemÃ¤Ã□ Abschnitt B Ziffer 3.2 der Anlagen 1 und 2 zum HVM 2.688,5 Punkte im Bereich der Regionalkassen mit einem abgestaffelten Punktwert vergÃ¼tet worden, der bei 3,07 DPf gelegen habe. Die Generalklausel nach Abschnitt B Ziffer 3.6 enthalte als einzige Voraussetzung fÃ¼r die Neufestsetzung des Honorars das Vorliegen einer unbilligen HÃ¤rte. Dabei sei das Kriterium der unbilligen HÃ¤rte nicht nÃ¤her definiert. Durch diese Generalklausel sei der aus Art.20 Abs.3 GG flieÃ□ende Wesentlichkeitsgrundsatz verletzt. Nach dem Beschluss des Vorstandes sei eine unbillige HÃ¤rte u.a. nicht gegeben, wenn ein Ertrag pro Kalenderjahr von 135.000,00 DM Ã¼berschritten werde. Damit habe der Vorstand die ganz grundlegende Entscheidung getroffen, dass bei Ã□berschreiten der Ertragsgrenze unter keinen UmstÃ¤nden ein HÃ¤rtefall gegeben sein kÃ¶nne. Dabei handle es sich um eine typische Gegebenheit und nicht mehr um eine Einzelfallentscheidung. Der Vorstand habe demzufolge mit dem Beschluss seine Kompetenzen Ã¼berschritten und hÃ¤tte im Einzelfall prÃ¼fen mÃ¼ssen, ob ein HÃ¤rtefall gegeben sei. Weiter sei darauf hinzuweisen, dass die Beklagte den genannten Vorstandsbeschluss falsch anwende. Der Kostensatz in der Anlage 3 zum EBM liege fÃ¼r die Arztgruppe der AnÃ¤sthesisten bei 62,8 %. Bei Zugrundelegung des richtigen Kostensatzes liege der Ertrag der KlÃ¤gerin lediglich bei 32.047,69 DM und somit unter der vom Vorstand festgesetzten Ertragsgrenze in HÃ¶he von 33.750,00 DM. Eine unbillige HÃ¤rte sei nach den GrundsÃ¤tzen der Rechtsprechung immer dann anzunehmen, wenn eine extreme, wirtschaftlich bedrÃ¤ngte Lage des jeweiligen Antragsstellers aus der Entscheidung erwachse, die eine erhebliche Belastung fÃ¼r ihn bedeute (vgl. dazu z.B. BSG, NJW 1982, S.2632). Der unbestimmte Rechtsbegriff der unbilligen HÃ¤rte erÃ¶ffne demnach nach der Rechtsprechung sowohl den Weg zu einer Interpretation unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als auch zur BerÃ¼cksichtigung eventueller besonderer persÃ¶nlicher Gesichtspunkte des jeweiligen Antragstellers. Eine solche erhebliche

Belastung auf Grund besonderer UmstÃ¤nde sei im vorliegenden Fall gegeben. Die KlÃ¤gerin sei ausschlieÃlich auf Ãberweisung tÃ¤tig und erbringe schwerpunktmÃ¤Ãig Narkoseleistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen, die in diesem Umfang nicht von der Fachgruppe erbracht wÃ¼rden. Dies zeige sich daran, dass sie im ambulanten Bereich doppelt so hohe Fallzahlen aufweise wie der Durchschnitt der Fachgruppe. In stationÃ¤rem Bereich hingegen werde sie im Gegensatz zur Fachgruppe kaum tÃ¤tig. So liege hier ihre Gesamtfallzahl um 95,8 % unter dem Durchschnitt der Arztgruppe. Beim Vergleich der Durchschnittsfallwerte fÃ¼r Leistungen des ambulanten Operierens (3.193,3 Punkte und 3.168,9 Punkte) und der stationÃ¤ren Leistungen (3.357,7 Punkte und 3.304,4 Punkte) zeige sich, dass die Fachgruppe im stationÃ¤ren Bereich die aufwendigeren Leistungen erbringe. Da die KlÃ¤gerin jedoch einen absoluten Schwerpunkt im ambulanten Bereich habe und somit ihre aufwendigen Leistungen auch nur im ambulanten Bereich erbringe, werde der zu Grunde gelegte Durchschnittsfallwert ihrem speziellen Leistungsspektrum nicht gerecht. Des Weiteren fÃ¼hre die KlÃ¤gerin Narkosen bei ambulant durchgefÃ¼hrten Sterilisationen ("GOP 181, 185, 186 und 189") und SchwangerschaftsabbrÃ¼chen ("GOP 192, 193, 194 und 199") durch, die nur von einem verschwindend geringen Teil der Fachgruppe im ambulanten Bereich erbracht wÃ¼rden. Eine Begrenzung auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe der AnÃ¤sthesisten werde der Praxisstruktur der KlÃ¤gerin daher nicht gerecht, da sie mit der Fachgruppe nicht vergleichbar sei. Das SG MÃ¼nchen hat mit Urteil vom 23. August 2000 den Bescheid der Beklagten vom 15. MÃ¤rz 1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, erneut Ã¼ber den Widerspruch der KlÃ¤gerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Beim Begriff der unbilligen HÃ¤rte nach Buchstabe B Ziffer 3.6 Anlage 1 des HVM handle es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der ausfÃ¼llungsfÃ¤hig und ausfÃ¼llungsbedÃ¼rftig sei. Hierzu habe der Vorstand der Beklagten DurchfÃ¼hrungskriterien beschlossen. Nach der Rechtsprechung des BSG sei in diesem Zusammenhang nach sog. atypischen und typischen Ausnahmekonstellationen zu differenzieren. Nicht zuletzt auf Grund des Wesentlichkeitsgrundsatzes nach Art.20 Abs.3 des Grundgesetzes mÃ¼ssten sog. typische Ausnahmekonstellationen grundsÃ¤tzlich von der Vertreterversammlung festgelegt werden und dÃ¼rften nicht dem Vorstand der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung Ã¼berantwortet werden. Allerdings sei es unpraktikabel, sÃ¤mtliche Ausnahmekonstellationen vorher durch die Vertreterversammlung festlegen zu lassen. Deshalb sei es als zulÃ¤ssig anzusehen, wenn Ã¼ber eine Generalklausel sog. atypische Ausnahmekonstellationen erfasst wÃ¼rden und DurchfÃ¼hrungskriterien generell von dem Vorstand der Beklagten festgelegt wÃ¼rden, auch wenn dieser nach dem in diesem Quartal geltenden HonorarverteilungsmaÃstab nicht gesondert ermÃ¤chtigt worden sei. Die DurchfÃ¼hrungskriterien mÃ¼ssten jedoch so strukturiert sein, dass dadurch unbillige HÃ¤rten erfasst werden kÃ¶nnten und eine Einzelfallentscheidung mÃ¶glich sei. WÃ¤hrend es sich bei den Kriterien "der Honorarverlust ist allein EBM-bedingt", "das tatsÃ¤chlich erreichte Honorar ist hÃ¶her als das fiktiv ermittelte" und "eine Bagatellgrenze nicht Ã¼berschritten werde" durchaus um sachliche

ErmessenserwÃ¤gungen handeln dÃ¼rfte, da ausschlieÃlich auf den konkreten Einzelfall abgestellt werde, sei dies bei dem Kriterium "ein Ã¼berdurchschnittlicher Ertrag erzielt werde" Ã¤uÃerst fraglich. Nicht zu beanstanden sei grundsÃ¤tzlich, dass auf den Ertrag abgestellt werde, d.h. der Ertrag der KlÃ¤gerin mit dem Durchschnittsertrag der Fachgruppe verglichen werde. Ebenfalls nicht zu beanstanden sei, dass nicht der Kostensatz von 62,8 % nach Anlage 3 EBM herangezogen worden sei, wenngleich dies nahegelegen hÃ¤tte. Denn der verwendete Kostensatz von 59,7 % sei auch bei der Vergleichsgruppe angewendet worden. Zu beanstanden sei aber, dass nicht geprÃ¼ft worden sei, ob in Abweichung vom durchschnittlichen Kostensatz auf Grund von Besonderheiten von einem hÃ¶heren Kostensatz auszugehen sei. Es sei durchaus vorstellbar, dass der Kostensatz der KlÃ¤gerin auf Grund der Besonderheiten der Praxis, die von ihr geltend gemacht wÃ¼rden, wie z.B. die HauptttÃ¤tigkeit der KlÃ¤gerin beim ambulanten Operieren und nicht im stationÃ¤ren Bereich wie bei der Vielzahl der Ãrzte der Fachgruppe und Ã¶rtliche Gegebenheiten einen hÃ¶heren Kostensatz als bei den Ãrzten der Fachgruppe bedingten.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 7. November 2000. Die KlÃ¤gerin sei seit Jahren am ambulanten Operationszentrum H. , H.-Allee, MÃ¼nchen beteiligt. Es bestehe daher ein eigenes Interesse der KlÃ¤gerin, dass Patienten von Ãrzten anderer Fachgruppen an sie zur AnÃ¤sthesie/Narkose bei ambulanter Operation Ã¼berwiesen wÃ¼rden. Im Ãbrigen seien aus der HÃ¤ufigkeitsstatistik des Quartals 1/98 keine Besonderheiten der Praxis der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber den Ã¼brigen Ãrzten der Fachgruppe erkennbar. Narkose-/AnÃ¤sthesieleistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen wÃ¼rden in Ã¼berwiegender Anzahl von anderen Praxen der Arztgruppe erbracht. Die HÃ¤ufigkeit der Erbringung dieser Leistungen bezogen auf 100 FÃ¤lle in der klÃ¤gerischen Praxis Ã¼berschreite dabei sogar den Durchschnitt der Fachgruppe. Narkosen bei ambulant durchgefÃ¼hrter Sterilisation wÃ¼rden nur in 8 FÃ¤llen erbracht (im vorherigen Quartal Ã¼berhaupt nicht), wobei die HÃ¤ufigkeit der Erbringung dieser Leistungen in der klÃ¤gerischen Praxis die HÃ¤ufigkeit der gesamten Arztgruppe um mehr als 43 % unterschreite. Narkosen bei ambulant durchgefÃ¼hrtem Schwangerschaftsabbruch wÃ¼rden nur in 7 FÃ¤llen erbracht.

Mit weiterem Schriftsatz vom 3. September 2001 wurde noch auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Berechtigung bzw. Verpflichtung der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung zu finanziellen StÃ¼tzungsmaÃnahmen fÃ¼r VertragsÃ¤rzte hingewiesen und festgestellt, dass die Versorgung der Versicherten durch AnÃ¤sthesisten im Quartal 1/98 in keinem (Teil-)Bereich gefÃ¤hrdet gewesen sei (vgl. hierzu BSG, Urteile vom 25. September 1999, Az.: B 6 KA 58/98 R, sowie vom 12. Oktober 1994, Az.: 6 RKa 5/96).

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG MÃ¼nchen vom 23. August 2000 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. MÃ¤rz 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Mit Schriftsatz vom 24. September 2001 wurde nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei der HÃ¤rtefallregelung gemÃ¤Ã Buchstabe B Ziffer 3.6 Anlagen 1 und 2 zum HVM unstreitig um eine Generalklausel handle, wobei der Begriff der "unbilligen HÃ¤rte" nicht nÃ¤her definiert werde. Nach dem Wesentlichkeitsgrundsatz des Art.20 GG mÃ¼sse der Normgeber, im Falle des HVM also die Vertreterversammlung, alle wesentlichen Entscheidungen selbst treffen. Bei den DurchfÃ¼hrungsrichtlinien der Beklagten handle es sich um die Regelung typischer FÃ¤lle, so dass eine unzulÃ¤ssige Kompetenzverlagerung auf den Vorstand der Beklagten stattgefunden habe. Hinsichtlich des Kriteriums des Ertrages sei die Heranziehung der KostensÃ¤tze des Zentralinstituts willkÃ¼rlich. Die Anwendung von HÃ¤rtefallregelungen dÃ¼rfe nicht auf FÃ¤lle der GefÃ¤hrdung der Existenz einer Praxis beschrÃ¤nkt werden, sondern mÃ¼sste auch atypische Versorgungssituationen erfassen. Eine solche atypische Versorgungssituation liege bei der KlÃ¤gerin hinsichtlich ihrer TÃ¤tigkeit im ambulanten Operationszentrum H. vor.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakte, Az.: S 38 KA 732/00, und die Berufungsakte, Az.: L 12 KA 116/00, vor, die zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergÃ¤nzend Bezug genommen wird.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist auch begrÃ¼ndet. Das SG MÃ¼nchen hat mit dem angefochtenen Urteil vom 23. August 2000 zu Unrecht den Bescheid der Beklagten vom 15. MÃ¤rz 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, erneut Ã¼ber den Widerspruch der KlÃ¤gerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Daher war das Urteil des SG MÃ¼nchen vom 23. August 2000 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. MÃ¤rz 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 abzuweisen.

ZunÃ¤chst ist festzustellen, dass der hier einschlÃ¤gige, im Quartal 1/98 geltende HonorarverteilungsmaÃstab, der eine leicht abgewandelte Fassung des ersten ab 1. Juli 1997 beschlossenen HonorarverteilungsmaÃstabes ist, der vor dem Hintergrund eines Praxisbudgets auf EBM-Ebene beschlossen wurde, nicht zu beanstanden ist. Das BSG hat mit Urteil vom 8. MÃ¤rz 2000 (SozR 3-2500 Â§ 87 SGB V Nr.23 S.116 ff.) bereits entschieden, dass die EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets im EBM-Ã zum 1. Juli 1997 rechtmÃ¤Ãig war (vgl. jetzt auch BSG, Urteile vom 16. Mai 2001, Az.: B 6 Ka 47/00 R und B 6 KA 53/00 R) und hat sich dabei auch mit dem der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung verbleibenden Gestaltungsspielraum bei der Honorarverteilung nach EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets auf EBM-Ebene befasst.

Danach Ã¤ndert die Existenz verbindlicher Honorierungsvorgaben wie eines Praxisbudgets nichts daran, dass die KÃV kraft ihrer Gestaltungsfreiheit im Rahmen der Honorarverteilung mengensteuernde Regelungen treffen darf, um ihrer Verantwortung fÃ¼r die Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung (Â§ 75 Abs.1 Satz 1 SGB V) gerecht zu werden. Die EinfÃ¼hrung von Praxisbudgets im EBM-Ã zum 1. Juli 1997 Ã¤ndert nichts an der insgesamt begrenzten GesamtvergÃ¼tung fÃ¼r alle vertragsÃ¤rztlichen Leistungen im Sinne des Â§ 85 Abs.1 SGB V. Nach wie vor besteht die Situation, dass ein begrenzter Geldbetrag fÃ¼r die VergÃ¼tung aller von den VertragsÃ¤rzten in einem bestimmten Zeitraum erbrachten und abgerechneten Leistungen zur VerfÃ¼gung steht, was wiederum zur Folge hat, dass der Preis der einzelnen Ã¤rztlichen Leistungen erst feststeht, wenn bekannt ist, wie viele Leistungen welcher Art und damit wie viele Punkte insgesamt von den VertragsÃ¤rzten abgerechnet werden. Praxisbudgets reduzieren lediglich den Anreiz zur immer weiteren Vermehrung der abrechenbaren Leistungen, weil das Honorar des Arztes fÃ¼r die Leistungen des budgetierten Bereichs allein durch das Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und Zahl der BehandlungsfÃ¤lle bestimmt wird. Da aber auch fÃ¼r die Leistungen des grÃ¼nen (budgetierten) Bereichs keine festen bzw. vereinbarten Punktwerte gelten, andererseits aber gerade die Stabilisierung des Punktwertes ein maÃgebliches Ziel bei der EinfÃ¼hrung des Praxisbudgets war, ist es auch nach dem 1. Juli 1997 Aufgabe der KÃV, im Rahmen der Honorarverteilung das Notwendige und MÃ¶gliche zur GewÃ¤hrleistung ausreichender Punktwerte zu tun und auf regionaler Ebene eintretende unerwÃ¼nschte Verwerfungen zwischen einzelnen Arztgruppen und auch innerhalb einer Arztgruppe zu verhindern. Daher stehen der KÃV auch nach dem 1. Juli 1997 im Grundsatz alle diejenigen Honorarverteilungsregelungen zur VerfÃ¼gung, die das BSG in stÃ¤ndiger Rechtssprechung (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 85 Nr.4 S.20 ff., Nr.10 Seite 57 f., Nr.11 S.66 f., Nr.12 S.76 f., Nr.16 S.100 f., Nr.24 S.162 f., Nr.26 S.183 f. und Nr.31 S.236 f.) und der Senat (vgl. zuletzt Urteil vom 1. August 2001, Az.: L 12 KA 89/00 m.w.N.) schon bisher fÃ¼r zulÃ¤ssig gehalten haben, soweit die Bestimmungen Ã¼ber die Praxisbudgets im EBM-Ã keine abweichenden Vorgaben enthalten.

Nach diesen GrundsÃ¤tzen ist der im Quartal 1/98 geltende HonorarverteilungsmaÃstab der Beklagten rechtlich nicht zu beanstanden. Der HVM sieht nach Buchstabe B Nr.1 Anlage 1 Abschnitt B die Zusammenfassung der von den Krankenkassen nach Buchstabe A Nr.1 Anlage 1 gezahlten GesamtvergÃ¼tungsanteile, die nicht der Pauschalierung unterliegen, auf Landesebene zu einer Summe vor. Ebenso werden gemÃ¤Ã der Nr.2 die von den Krankenkassen nach Buchstabe A 1 pauschal bezahlten GesamtvergÃ¼tungsanteile auf Landesebene zu einer Summe zusammengefasst und auf die Honorarfonds FremdÃ¤rzte, belegÃ¤rztliche Leistungen, ambulantes Operieren, Laborleistungen und sonstige Leistungen verteilt. Der Honorarfonds sonstige Leistungen ist wiederum aufgeteilt in einen Honorarfonds R 1 (sog. Hausarzttopf) und einen Honorarfonds R 2 (= Facharzttopf). Eine solche Bildung von HonorartÃ¶pfen fÃ¼r einzelne Arztgruppen und/oder Leistungsbereiche ist grundsÃ¤tzlich sachlich gerechtfertigt. Sie stellt sich nÃ¤mlich als die konsequente Vorsorge dagegen dar, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das HonorargefÃ¼ge zu Lasten anderer Arztgruppen und/oder Leistungsbereichen

beeinflusst (vgl. zuletzt BSG SozR 3-2500 Â§ 85 SGB V Nr.31 S.237 m.w.N.). Derselbe Gedanke gilt auch fÃ¼r die Unterteilung des Honorarfonds sonstige Leistungen in den Honorarfonds R 1 (Hausarzttopf) und den Honorarfonds R 2 (Facharzttopf) und die weitere Unterteilung des Honorarfonds R 2 in einen Honorarfonds R 2 b (gemÃ¤Ã EBM ab 1. Juli 1997 budgetierte Arztgruppen) und einen Honorarfonds R 2 n (gemÃ¤Ã EBM ab 1. Juli 1997 nicht budgetierte Arztgruppen). Die Differenzierung der hausÃ¤rztlichen und fachÃ¤rztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl.I 2626) ausdrÃ¼cklich in Â§ 85 Abs.4 Satz 1 SGB V in der ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung aufgenommen und bestimmt, dass die KÃV die GesamtvergÃ¼tung fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung getrennt fÃ¼r die Bereiche der hausÃ¤rztlichen und fachÃ¤rztlichen Versorgung i.S. des Â§ 73 SGB V zu verteilen hat. Eine solche Aufteilung war aus den genannten GrÃ¼nden auch schon vor dem 1. Januar 2000 sachlich gerechtfertigt (in diesem Sinne auch die Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes vom 27. Mai 1998 zum HonorarverteilungsmaÃstab, gÃ¼ltig im Quartal 4/96, VerfGHE 51, S.74 ff.). Die Unterteilung in einen Honorartopf fÃ¼r auf EBM-Ebene budgetierte Ãrzte und einen solchen fÃ¼r auf EBM-Ebene nicht budgetierte Ãrzte knÃ¼pft explizit an die entsprechenden Vorgaben im EBM an. Die sachliche Rechtfertigung fÃ¼r eine Aufteilung auf getrennte HonorartÃ¶pfe folgt aus dem Umstand, dass die Mengenentwicklung in beiden Bereichen unterschiedlichen Kriterien unterliegt, die in der Folge eine unterschiedliche Behandlung auf HVM-Ebene erfordert. Es ist schlieÃlich auch fÃ¼r das hier streitige Quartal 1/98 nicht zu beanstanden, dass die Beklagte fÃ¼r das ambulante Operieren einen eigenen Honorartopf vorgesehen hat. Dies ist weiterhin mit den in Â§ 85 Abs.3a Satz 6 und Â§ 85 Abs.4a Satz 3 SGB V i.d.F. des GSG vom 20.12.1992 (BGBl.I S.2266) enthaltenen Regelungen vereinbar. Die hier vorgesehene FÃ¶rderung des ambulanten Operierens bedeutet nicht, dass dieser Leistungsbereich von jeder Mengensteuerung freizustellen wÃ¤re oder dass dort eine Mengenausweitung ohne RÃ¼cksicht auf den Punktwertverfall in anderen Leistungsbereichen begÃ¼nstigt werden dÃ¼rfte (vgl. BSG, SozR 3-2500, Â§ 85 Nrn.10, 12; BSG, Urteil vom 28. Januar 1998, Az.: B 6 KA 86/96 R). Aus Â§ 85 Abs.4a Satz 1 SGB V in der bis 31.12.1999 geltenden Fassung ist zu entnehmen, dass die Ausweitung der Zahl der abgerechneten Leistungen keine Auswirkungen auf den Punktwert der hausÃ¤rztlichen GrundvergÃ¼tung nach Â§ 87 Abs.2a SGB V haben darf. Eine vergleichbare, derart weitgehende, unmittelbar auf den Punktwert durchgreifende Privilegierung hat der Gesetzgeber fÃ¼r die ambulanten Operationen fÃ¼r den hier streitigen Zeitraum nicht vorgeschrieben (vgl. BSG, SozR 3-2500 Â§ 87 SGB V Nr.23, S.127). Er war offenbar der Auffassung, das medizinisch sinnvolle und unter dem Aspekt der Kosteneinsparung im stationÃ¤ren Bereich erwÃ¼nschte AusmaÃ der Steigerung der ambulanten operativen TÃ¤tigkeit seitens der niedergelassenen VertragsÃ¤rzte durch die ErhÃ¶hungsbetrÃ¤ge nach Â§ 85 Abs.3a Satz 6 SGB V angemessen, aber auch ausreichend gefÃ¶rdert zu haben. ErgÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass nach den Nrn.2.2 und 2.2.1 der Anlage A zum Bayerischen Gesamtvertrag die Krankenkassen die ambulanten Operationen der niedergelassenen VertragsÃ¤rzte nach den Katalogen der Nrn.82 â 87 EBM im Quartal 1/98 mit einem festen Punktwert von 10 DPf vergÃ¼teten, wenn die hierfÃ¼r erforderliche Genehmigung von der KVB fÃ¼r das die Abrechnung betreffende Quartal erteilt wurde und diese Leistungen in dem die

Abrechnung betreffenden Quartal insgesamt mindestens 25-mal fÃ¼r Regionalkassen abgerechnet und anerkannt wurden. Die KlÃ¤gerin wendet sich nach ihrem Vortrag auch nicht gegen das Bestehen eines gesonderten Honorartopfes fÃ¼r ambulantes Operieren.

Die Beteiligten streiten vielmehr um die Anwendung der in der Nr.3.6 vorgesehenen allgemeinen HÃ¤rtefallregelung. Danach erfolgt die Honorarfestsetzung unter AbwÃ¤gung des Interesses des Arztes an einer angemessenen BerÃ¼cksichtigung seiner besonderen UmstÃ¤nde und dem Allgemeininteresse der VertragsÃ¤rzteschaft an einer Honorarverteilungsbegrenzung bei budgetierter GesamtvergÃ¼tung, wenn die Anwendung vorstehender Regelungen im Einzelfall zu einer unbilligen HÃ¤rte fÃ¼hrt. Hinsichtlich der Anwendung der HÃ¤rtefallregelung der Nr.3.6 ist der Senat zunÃ¤chst der Auffassung, dass der Beklagten hinsichtlich des Tatbestandsmerkmales der unbilligen HÃ¤rte kein der gerichtlichen NachprÃ¼fung nur eingeschrÃ¤nkt zugÃ¤nglicher Beurteilungsspielraum zusteht (so bereits Urteil des Senats vom 1. August 2001, L 12 KA 89/00). Einen solchen Beurteilungsspielraum hat die Rechtsprechung nur dann angenommen, wenn bei einer Entscheidung eine Vielzahl von Faktoren zu berÃ¼cksichtigen ist, die fÃ¼r sich und in ihrer AbhÃ¤ngigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Das BSG hat deshalb in stÃ¤ndiger Rechtssprechung den Zulassungsgremien bei der Entscheidung Ã¼ber die ErmÃ¤chtigung von KrankenhausÃ¤rzten und Ã¼ber die Zulassung von Ãrzten wegen eines Sonderbedarfs einen Beurteilungsspielraum zugestanden (vgl. BSGE 73, 25, 29 = SozR 3-2500 Â§ 116 Nr.4 S.29; BSG SozR 3-2500 Â§ 101 Nr.1 S.4 f.; BSG, Urteil vom 28. Juli 2000 SozR 3-2500 Â§ 101 Nr.5; vgl. zuletzt Beschluss vom 14. MÃ¤rz 2001, B 6 KA 57/00 B)). Auch bei der Entscheidung der KÃV, zur Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in einem bestimmten Ort oder Ortsteil den Betrieb einer Zweitpraxis zu genehmigen, hat diese einen Beurteilungsspielraum (BSGE 77, 188, 191 = SozR 3-2500 Â§ 75 Nr.7 S.28 f.). FÃ¼r diese Entscheidungen sind die Bewertung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in einem regionalen Bereich sowie die Feststellung von quantitativen und/oder qualitativen Versorgungsdefiziten von maÃgeblicher Bedeutung. Dabei ist eine Vielzahl von Faktoren zu berÃ¼cksichtigen (z.B. Anzahl und Leistungsangebot der niedergelassenen und ermÃ¤chtigten Ãrzte, BevÃ¶lkerungs- und MobilitÃ¤tsstruktur, Umfang und rÃ¤umliche Verteilung der Nachfrage auf Grund der vorhandenen Verkehrsverbindungen usw.), die fÃ¼r sich und in ihrer AbhÃ¤ngigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Aus denselben GrÃ¼nden haben die PrÃ¼fgremien bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise des Arztes einen Beurteilungsspielraum (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 6. September 2000, B 6 KA 24/99 R SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.50 und zuletzt Beschluss vom 14. MÃ¤rz 2001, B 6 KA 59/00 B). Die Beantwortung der hier zu beurteilenden Frage, ob die Anwendung des im Quartal 1/98 geltenden HonorarverteilungsmaÃstabes bei der KlÃ¤gerin zu einer unbilligen HÃ¤rte gefÃ¼hrt hat, hÃ¤ngt dagegen von ermittel- und feststellbaren UmstÃ¤nden wie insbesondere den (finanziellen) Auswirkungen der Honorarverteilung auf die Praxis der KlÃ¤gerin ab, fÃ¼r deren Beantwortung die Beklagte nicht erkennbar eine spezielle hÃ¶here Sachkenntnis aufweist bzw. die der hÃ¶chstpersÃ¶nlichen EinschÃ¤tzung der Beklagten verbleiben sollte. Die vom Vorstand der Beklagten

erlassenen DurchfÃ¼hrungsbestimmungen zur Auslegung des Begriffs der unbilligen HÃ¤rte spielen danach zwar fÃ¼r die Verwaltung eine Ã¼berragende Rolle, binden aber nicht das Gericht, das insoweit eine eigenstÃ¤ndige Entscheidung zu treffen hat.

Eine "unbillige HÃ¤rte" im Sinne der Nr.3.6 des HVM ist nach Auffassung des Senats dann gegeben, wenn die Anwendung des HVM bei der KlÃ¤gerin zu einem besonders schweren, objektiv unzumutbaren Nachteil fÃ¼hrt. Die bei der KlÃ¤gerin vorliegenden UmstÃ¤nde begrÃ¼nden keine "unbillige HÃ¤rte" in diesem Sinne. Hierzu ist zunÃ¤chst festzustellen, dass die KlÃ¤gerin als AnÃ¤sthesistin auf EBM-Ebene einem Praxisbudget unterliegt (vgl. A I. Allgemeine Bestimmungen, Teil B, Nr.1.5.), dieses Praxisbudget aber unterschreitet (Unterschreitungspunktzahl 408,2 Punkte). Von daher ist der bei der KlÃ¤gerin eingetretene HonorarrÃ¼ckgang auf die Regelungen im streitgegenstÃ¤ndlichen HVM zurÃ¼ckzufÃ¼hren und zwar auf die fÃ¼r die KlÃ¤gerin einschlÃ¤gigen Honorarfonds. Die KlÃ¤gerin unterfÃ¤llt als AnÃ¤sthesistin, die auf EBM-Ebene budgetiert ist, auf HVM-Ebene dem Honorarfonds R 2 b ("budgetierte Arztgruppen") und zudem im Hinblick auf die von ihr erbrachten Leistungen, insbesondere Narkosen, dem Honorarfonds "ambulantes Operieren". Sie ist damit von der in den genannten TÃ¶pfen erfolgten Punktwertentwicklung und dem sich daran anschlieÃenden Umsatz- und ErtragsrÃ¼ckgang betroffen. Von daher ist es nach Auffassung des Senats nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte zur PrÃ¼fung des Vorliegens einer "unbilligen HÃ¤rte" auf Ertragsgrenzen abstellt. Auch die Festlegung der Ertragsgrenze ist vertretbar. Hier stellt die Beklagte zur Feststellung des Ertrags analog auf die Berechnungsgrundlage fÃ¼r die EBM-Praxisbudgets ab in HÃ¶he von 135.000,00 DM pro Kalenderjahr (= DM 33.750,00 pro Quartal). Die Bereinigung des Quartalumsatzes des Vertragsarztes erfolgt dabei durch Abzug der fachgruppenspezifischen durchschnittlichen Kosten. FÃ¼r diesen Kostenansatz standen der Beklagten im Wesentlichen zwei Kostenanalysen zur VerfÃ¼gung â zum einen die in der Anlage 3 zu dem seit 1. Juli 1997 geltenden EBM aufgefÃ¼hrten "bundesdurchschnittlichen KostensÃ¤tze", zum anderen die Kostenstrukturanalyse 1994 des Zentralinstituts (ZI). Es ist nicht zu beanstanden, wenn sich die Beklagte der Kostenstrukturanalyse des ZI bedient, weil sie Angaben fÃ¼r alle Arztgruppen enthÃ¤lt, wenn auch mit Hilfe eines Auffangtatbestandes "sonstige FachÃ¤rzte", unter den auch die KlÃ¤gerin fÃ¤llt. Die Anlage 3 zum EBM befasst sich demgegenÃ¼ber nur mit budgetierten Facharztgruppen. Ausgehend von diesen auf AnÃ¤sthesisten bezogenen Zahlen Ã¼berschreitet die KlÃ¤gerin die dargestellte Ertragsgrenze zur Beurteilung des Vorliegens einer unbilligen HÃ¤rte von 33.750,00 DM mit 34.718,33 DM um 968,33 DM im Quartal. Die weiteren Ermittlungen des Senats haben zwar ergeben, dass die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Arztgruppe der AnÃ¤sthesisten Besonderheiten aufweist, die einerseits zu zusÃ¤tzlichen Belastungen fÃ¼hren, aber andererseits auch zusÃ¤tzliche Einnahmen erbringen. Danach betreibt die KlÃ¤gerin in Praxisgemeinschaft mit zwei weiteren AnÃ¤sthesistinnen das ambulante Operationszentrum H â¦ Dort werden die sachlichen und personellen Voraussetzungen vorgehalten, die Operateuren die DurchfÃ¼hrung ambulanter Operationen im Operationszentrum H. ermÃ¶glichen. Die zusÃ¤tzlichen Kosten fÃ¼r diesen Aufwand teilt sich die KlÃ¤gerin mit den beiden Praxisgemeinschaftspartnern. Im Gegenzug fÃ¼r diesen zusÃ¤tzlichen

Aufwand erhÃ¤lt die KlÃ¤gerin aber auch die OperationszuschlÃ¤ge nach Kapitel "B VI. Ambulante Operationen", die grundsÃ¤tzlich nur den Operateuren zustehen und gerade die zusÃ¤tzliche finanzielle Belastung ausgleichen sollen, die durch die Bereitstellung der Voraussetzungen zur DurchfÃ¼hrung von ambulanten Operationen entstehen. Die Ãbertragung der OperationszuschlÃ¤ge nach Kapitel "B VI Ambulante Operationen" von den Operateuren auf die AnÃ¤sthesistinnen geschieht nach Angaben der Beteiligten auf zwei alternativen Wegen. Zum einen werden die eigentlich den Operateuren zustehende ZuschlÃ¤ge fÃ¼r ambulante Operationen auf dem Abrechnungsscheinen mit einem "U" gekennzeichnet und bei der Abrechnung der in der Praxisgemeinschaft tÃ¤tigen AnÃ¤sthesistin Dr.E. zugeordnet, die die weitere Verteilung innerhalb der Praxisgemeinschaft vornimmt. Zum anderen besteht die MÃ¶glichkeit interner Vereinbarungen, wonach die Operateure die ZuschlÃ¤ge fÃ¼r die ambulanten Operationen bei der Abrechnung geltend machen und den dafÃ¼r anfallenden Betrag an die Praxisgemeinschaft weiterleiten. In beiden FÃ¤llen taucht der hierauf entfallende Betrag nicht im Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal 1/98 auf, der Ausgangspunkt fÃ¼r die dargestellte Ertragsgrenze ist. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich zusÃ¤tzliche Belastung und zusÃ¤tzlicher Ertrag bei der besonderen Konstruktion der Praxisgemeinschaft zum Betrieb des ambulanten Operationszentrums H. in etwa ausgleichen. Ansonsten wÃ¤re der Betrieb dieses Operationszentrums generell nicht wirtschaftlich durchfÃ¼hrbar. Das eigentliche Problem im Quartal 1/98 â ausgehend vom klÃ¤gerischen Vortrag und dem Schwerpunkt der abgerechneten Leistungen â war danach die Punktwertentwicklung im Honorarfonds "Ambulantes Operieren" (der Anteil der hier abgerechneten Punkte im Quartal 1/98 lag bei den Ersatzkassen bei 286.260,0 Punkte; im Honorarfonds R 2 b â budgetierte Ãrzte â bei 143.880,0; bei den PrimÃ¤rkassen: Honorarfonds "Ambulantes Operieren": 476.430 Punkte; Honorarfonds R 2 b: 249.160,0 Punkte). DiesbezÃ¼glich ist aber festzustellen, dass fÃ¼r den Honorartopf "ambulantes Operieren" gemÃ¤Ã Nr.3.3. Satz 3 i.V.m. Nr.3.2. SÃ¤tze 4, 5 der Anlage 1 Abschnitt B bereits eine topfinterne StÃ¼tzung vorgesehen ist. Die StÃ¼tzung erfolgt in der Weise, dass der rechnerische Punktwert nach der Nr.3.3. Satz 2 fÃ¼r die den Durchschnittsfallwert 4/96 Ã¼bersteigende Punktezahl so weit â jedoch nicht unter 50 % â zugunsten des Punktwertes fÃ¼r die abgesenkt wird, bis letzterer Punktwert den rechnerischen Punktwert nach Nr.3.5.5.4.2. Satz 2 erreicht, also den Mindestpunktwert fÃ¼r die VergÃ¼tung des Honorarkontingents "Sonstige Ãrzte". Die Anwendung dieser Regelungen fÃ¼hrte im Quartal 1/98 dazu, dass bei den Regionalkassen 84,44 % der Leistungen mit einem Punktwert von 6,25 DPf und 16,56 % mit einem abgestaffelten Punktwert von 2,94 DPf und bei den Ersatzkassen 88,08 % mit einem Punktwert von 9,51 DPf und 12,92 % mit dem abgestaffelten Punktwert von 4,45 DPf vergÃ¼tet wurden. Auch auf der Grundlage des hohen Anteils des gestÃ¼tzten Punktwertes und bei einem Vergleich mit dem Punktwert im Honorarfonds "R 2 b" (Regionalkassen: 7,62; Ersatzkassen: 8,46) kann der Senat keine unbillige HÃ¤rte gerade bei der KlÃ¤gerin erkennen, zumal sie bei Ã¤hnlichen Werten in den Vorquartalen (Quartal 3/97: Regionalkassen: 6,21 DPf, abgestaffelt: 2,93 DPf; Ersatzkassen: 9,98 DPf, keine Abstaffelung; Quartal 4/97: Regionalkassen: 6,70 DPf, abgestaffelt: 3,15 DPf; Ersatzkassen: 9,53 DPf, keine Abstaffelung) offensichtlich keine Veranlassung fÃ¼r einen HÃ¤rtefallantrag gesehen hat.

Nach alledem war das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. August 2000 aufzuheben und die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 15. MÃ¤rz 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Februar 2000 abzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus Â§ 193 Abs.1, 4 SGG. GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision im Sinne des Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 25.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024